

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François BOUYSSI

Né le 3 Novembre 1913, à Montpezat d'Agenais (Lot-et-Garonne)

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE LA CLOISON DU NEZ
SIMULANT L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

Président de thèse : A. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1940

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François BOUYSSI

Né le 3 Novembre 1913, à Montpezat d'Agenais (Lot-et-Garonne)

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA CLOISON DU NEZ

SIMULANT L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

Président de thèse : A. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Cliniqu médiça	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

A TOUS LES MIENS

A NOS AMIS

A MA FEMME

A MON FILS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Nous lui en exprimons nos
remerciements et le prions
d'agréer l'hommage de notre
profonde reconnaissance.*

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons d'abord la région où se développe l'abcès.

Il se constitue sous la muqueuse, contre le cartilage, et peut siéger soit à la racine du nez, soit le plus souvent au niveau de la portion cartilagineuse, et plus particulièrement au pourtour des narines, sur les côtés de la cloison.

Cette région est formée schématiquement, et du point de vue qui nous intéresse, cette schématisation sera suffisante.

1° — d'un cartilage

2° — d'une muqueuse dite pituitaire, de couleur normalement rosée, enduite d'un liquide visqueux et à la surface de laquelle on remarque l'ouverture de nombreuses glandes que la muqueuse renferme dans son épaisseur.

De cette constatation anatomique nous retiendrons :

1° — d'une part la richesse vasculaire :

épanouissement des branches artérielles venues de la maxillaire interne et de l'ophtalmique.

veines très nombreuses présentant une disposition plexiforme, un aspect réellement variqueux.

2° — d'autre part, alors que la muqueuse est essentiellement mince et se laisse facilement déchirer, la pituitaire qui tapisse la cloison est assez épaisse, surtout à sa partie inférieure près de l'orifice narinaire, et a par conséquent, moins tendance à se rompre, mais elle se décolle facilement, ce qui permet l'accumulation de liquide dans l'épaisseur même de la cloison.

3° — Enfin, la présence de lymphatiques, découverts par SIMON, qui vont se jeter dans un ganglion situé au devant du corps de l'axis et même dans un autre ganglion situé plus bas au niveau du corps de l'hyoïde, et d'anastomoses avec les lymphatiques des cavités voisines, lymphatiques sinusaux, d'une part, lymphatiques de la cavité buccale, d'autre part, expliquant la possibilité de l'apparition d'un abcès de la cloison nasale consécutive à une infection dentaire ou sinusale.

ETIOLOGIE

Les considérations physico-pathologiques que nous venons d'exposer expliquent l'étiologie des abcès de la cloison et le mécanisme de leur formation.

En effet, si l'étiologie de l'abcès est multiple, la cause la plus fréquente en est cependant l'hématome traumatique de la cloison. Il se produit d'abord une lésion vasculaire, puis un décollement de la pituitaire, d'où formation d'un hématome ; l'abcès de la cloison qui le complique siège le plus souvent au même niveau et au point de vue anatomique, il évolue en deux phases :

la première de collection purulente, stade auquel on devra reconnaître la lésion pour la traiter en temps utile.

et deuxièmement, un stade de *nécrose cartilagineuse* où les lésions sont beaucoup plus importantes et où le traitement devient beaucoup plus délicat.

D'autre part, les connexions lymphatiques que nous avons étudiées expliquent l'apparition de l'abcès de la cloison, au cours d'une suppuration de voisinage, dentaire ou sphénoïdale.

Plus exceptionnellement, l'abcès peut survenir au déclin d'une maladie infectieuse, plus particulièrement dans les formes graves d'érysipèle ou dans les suites des grandes pyrexies, telles que, variole, rougeole, fièvre typhoïde.

Enfin, il peut reconnaître pour cause un état cachectique, voire même un corps étranger (F. Spilmann).

Notons encore la possibilité d'abcès froid sur le pourtour de la cloison, mais nous bornerons notre étude aux abcès chauds, car les abcès froids surviennent lentement, généralement sans douleur, sans élévation thermique et leur survenue ne pose pas les problèmes diagnostiques qui font tout l'intérêt de l'abcès chaud au point de vue qui nous occupe.

CLINIQUE

Le début est souvent marqué par l'apparition de douleurs au niveau de la narine,

— par une température à 39 ou 40, parfois accompagnée de frissons,

— par une augmentation de volume du nez.

— et parfois par de la céphalée.

Cette augmentation de volume du nez porte surtout sur son extrémité distale, elle est due à un œdème réactionnel et s'accompagne de rubéfaction, si bien que ce début peut en imposer pour un érysipèle et qu'un médecin non averti, envoie sans hésiter ce malade à l'hôpital avec un diagnostic de maladie infectieuse.

Mais si l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que si la peau est rouge, elle n'est pas le siège d'une dermite mais d'une simple réaction inflammatoire, que le malade est gêné pour respirer, qu'il présente un syndrome de nez bouché et que son odorat est momentanément aboli, l'augmentation de volume portant surtout sur la pointe du nez au niveau de laquelle la palpation révèle une douleur exquise.

En général, la tuméfaction ne déborde pas dans le sillon naso-génien, bien que parfois elle puisse s'accompagner d'un œdème de la lèvre supérieure et même de la partie adjacente de la joue.

C'est alors que le diagnostic d'érysipèle est surtout tentant, mais l'absence totale de bourrelet périphérique et de douleur exquise à ce niveau, la persistance de cette plaque œdémateuse depuis un ou deux jours sans tendance à l'extension doit immédiatement faire penser à l'abcès de la cloison du nez et regarder les narines. Le diagnostic de la lésion devient alors évident car immédiatement on aperçoit la tumeur caractéristique en bissac, obstruant les orifices nari-naux et la douleur que la palpation révèle à ce niveau montre bien que là, et là seulement est l'origine de tous les phénomènes concomitants.

Un bon éclairage sera parfois nécessaire pour découvrir une tumeur un peu plus haut située, au niveau de laquelle la muqueuse est rouge et sillonnée de veines dilatées.

Une ponction immédiatement pratiquée ramène non plus du sang mais soit un pus mélangé de caillots dans lequel un examen microscopique décèle la présence de nombreux staphylocoques,

soit simplement un liquide séreux dans lequel on retrouvera soit du streptocoque, soit du staphylocoque.

Dès l'ouverture, par une incision large et bilatérale, la gêne fonctionnelle disparaît et le malade peut être considéré comme guéri, sauf possibilité de récurrence.

in situ par fermeture de l'incision de drainage, si l'abcès n'a pas été franchement mis à plat ou si les soins post-opératoires n'ont pas été convenablement dirigés.

Mais si l'affection a été abandonnée à elle-même, son évolution est plus fâcheuse, car si l'érysipèle ou la thrombo-phlébite des sinus sont des complications exceptionnelles, la nécrose cartilagineuse est constante. Elle se produit le plus souvent au niveau de la réunion du cartilage de la cloison et du vomer dans le tissu fibreux qui réunit ces deux portions de la charpente nasale ; quelquefois elle occupe le cartilage lui-même.

Cette nécrose aboutit à la destruction du cartilage quadrangulaire, l'arête nasale perd son soutien, s'affaisse, et ainsi se produit à la limite du cartilage et des os propres une ensellure et une encoche en coup de hache.

FORMES CLINIQUES

1) Formes atténuées succédant aux formes insidieuses de l'hématome ou à des chondrites séreuses et présentant une évolution chronique. Ce sont ces formes dont le diagnostic doit être fait avec une gomme syphilitique, des kystes séreux ou d'une cloison soufflée où la ponction ramène un liquide séro-purulent presque aseptique.

2) Formes aiguës, au contraire que nous avons prises pour type et où les signes cutanés d'inflammation sont au maximum où le cortège général :

- fièvre
- céphalalgie
- larmolements

est également au maximum, et ce sont ces formes qui peuvent prêter à confusion,

- avec un érysipèle
- ou un furoncle du vestibule nasal.

Ce sont surtout ces formes aiguës que nous avons eu l'occasion d'étudier : tous les abcès de la cloison traités à Claude-Bernard avaient été envoyés dans le service avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

OBSERVATION N° 1.

Madame Elise L..., concierge, 71 ans, entre dans le service le 25 août 1939 pour une tuméfaction de la face, envoyée par son médecin avec le diagnostic d'érysipèle.

Le début de l'affection remonte au 17 août.

— par une petite tuméfaction de la narine gauche

— par une température à 39°5 accompagnée de grands frissons, avec céphalée occipitale et frontale.

Les jours suivants, la température se maintient à 39°, 40°, sans que la malade ait à nouveau présenté des frissons.

A son entrée dans le service, on est en présence d'une femme asthénique, gênée pour respirer, présentant une température à 40° et d'emblée nous sommes frappés par une plaque tendue, luisante, rouge, recouvrant le nez et s'étendant vers la région malaire gauche.

Cette plaque de limites peu nettes, sans bourrelet nettement appréciable est douloureuse à la palpation. Un examen des narines montre la présence de la tumeur bilatérale caractéristique.

La céphalée a disparu.

Il existe une légère adénopathie sous-maxillaire et jugulaire bilatérale, légèrement douloureuse mais qui aurait été plus marquée les premiers jours de la maladie.

— la langue est sale et un peu sèche.

— la malade a présenté quelques vomissements et ressent des nausées fréquentes.

Elle se plaint également d'une otalgie droite assez vive.

Le cœur	}	sont normaux
Le foie		
La rate		

Aux poumons, il existe une diminution du murmure vésiculaire dans les deux champs pulmonaires avec en avant, dans le creux sous-claviculaire, quelques râles ronflants.

L'examen des urines montre la présence de traces d'albumine et d'urobiline et l'absence de sucre.

Une hémoculture pratiquée à son entrée dans le service et ensemencée en milieux aérobie et anaérobie s'est montrée négative.

Dans ses antécédents, on retrouve une hystérectomie à l'âge de 32 ans pour pelvipéritonite.

Et dans les années qui suivent cette intervention elle aurait fréquemment présenté des furoncles.

Elle a deux enfants, qui sont très bien portants et n'a jamais fait de fausses couches.

La tension est à 14-7.

Une ponction de l'abcès a montré dans le pus la présence de staphylocoques.

Mais ce qui illustre bien les difficultés thérapeutiques qu'entraînent ces abcès c'est que deux nouvelles interventions chirurgicales ont été nécessaires avant que la malade ne sorte du service le 13 septembre 1939, complètement guérie de son abcès.

OBSERVATION N° 2.

Pierre C..., 17 ans, entre dans le service le 14 décembre 1938. envoyé par son médecin qui le soignait depuis quelque temps pour une colite et une stomatite. Le 13 décembre apparaît au niveau de la narine gauche une petite tuméfaction rouge légèrement douloureuse. Son médecin pensant à un érysipèle le fait entrer dans le service.

Le 15 décembre en l'examinant, on trouve une plaque rouge, chaude, tendue siégeant sur le nez et débordant légèrement sur la lèvre supérieure. Mais cette plaque n'est limitée par aucun bourrelet et n'est pas douloureuse.

En examinant les narines, on trouve une tuméfaction rénitente exquisement douloureuse, dont la ponction ramène un pus contenant du staphylocoque.

En outre, on trouve une adénopathie cervicale bilatérale.

Le reste de l'examen est négatif.

Le foie	}	sont normaux.
Le cœur		
Les poumons		
La rate		

La tension est 12-8.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni urobiline.

Un B. W. négatif.

Le traitement par le rubiazol se montre inefficace.

L'incision de l'abcès suivie de tamponnements

amène la guérison et le malade sort le 26 décembre complètement guéri.

OBSERVATION N° 3.

Maurice B..., 36 ans, entre dans le service le 2 mars 1939 envoyé par son médecin avec le diagnostic d'érysipèle.

Le début remonte au 26 mars par une température à 39.

— une vive douleur au niveau du nez

— une céphalée légère.

Le 27 la douleur au niveau du nez persiste et celui-ci prend une teinte rougeâtre.

Le 28, la rougeur du nez persiste, sans s'étendre, accompagnée toujours de fièvre, le médecin prescrit des compresses chaudes.

Les jours suivants, la douleur devient de plus en plus intense, il ressent quelques frissons, et sa température persiste à 39°.

Le 3 mars à son entrée dans le service, la face est le siège d'une tuméfaction qui prédomine au nez qui est œdématié et très rouge, et qui envahit également la paupière inférieure ainsi que la joue droite qui est tuméfiée.

On ne trouve pas de bourrelet.

Dans la narine droite surtout existe une tuméfaction douloureuse.

Il existe une adénopathie sous angulo-maxillaire bilatérale.

Le reste de l'examen est négatif.

Le foie	}	sont normaux.
La rate		
Le cœur		
Les poumons		

La tension est à 14-9.

Les urines contiennent de l'urobiline.

Une hémoculture pratiquée le 4 mars est restée négative, l'incision de l'abcès amène la guérison et le malade sort le 15 mars.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF.

Celui-ci repose sur la constatation d'une tuméfaction, siégeant d'une façon élective sur le nez, et ne s'accompagnant pas de bourrelet.

— sur la présence d'un œdème assez mou au niveau de la pointe du nez.

— sur la non extension de la plaque.

— surtout sur l'examen systématique des narines dont l'examen, en cas de diagnostic supposé d'érysipèle au début, doit devenir un réflexe.

— enfin sur la ponction qui ramènera du pus.

DIAGNOSTIC DE LA SUPPURATION.

Une bosse séro-sanguine simple pouvant être prise pour un abcès du fait des réactions inflammatoires consécutives au traumatisme lui-même.

Mais la bosse séro-sanguine se développe presque immédiatement après le traumatisme, alors que l'apparition de pus est plus tardive et s'accompagne de :

— douleur

— tension de la tumeur

— mouvement fébrile.

la ponction lèverait tous les doutes.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Comme nos observations nous l'ont montré, c'est à l'érysipèle que l'on pense le plus souvent en présence d'un abcès de la cloison du nez, lorsqu'on ne pense pas à le rechercher.

Les signes généraux peuvent être semblables dans les deux affections.

Mais l'érysipèle est souvent précédé d'un coryza ou d'une angine.

Lorsque la plaque érysipélateuse apparaît au niveau d'une narine elle prend le nez, mais rapidement, elle envahit les paupières, la lèvre supérieure, les joues réalisant l'aspect classique des ailes d'un papillon.

Et dès le début, dès l'apparition de la plaque sur le nez, on est en présence d'une dermite c'est-à-dire que la peau, est non seulement infiltrée par l'œdème, mais encore attaquée par le streptocoque et la peau est plus épaisse, plus dure que dans la réaction inflammatoire produite par un abcès de la cloison du nez.

La plaque est limitée par un bourrelet net que l'on sent facilement même lorsque l'érysipèle n'en est qu'à son début, et c'est un point très important de diagnostic lorsque les malades ont reçu des sulfamides et que la dermite perd sa tendance à une extension rapide.

L'abcès de la cloison, au contraire, présente un maximum de tuméfaction vers la pointe du nez, il

n'y a pas de bourrelet, pas de dermite vraie et le maximum de la douleur siège non pas à la périphérie de la tuméfaction, mais bien au niveau des orifices narinaux.

Et les doutes sont levés par l'examen des fosses nasales qui montre la tumeur en bissac caractéristique. En somme, le diagnostic n'est difficile que pour un examen superficiel ou par méconnaissance de la possibilité d'un abcès de la cloison.

Pour *le furoncle*, le diagnostic est assez facile, car on est en présence d'une tuméfaction unilatérale siégeant au niveau de la région pileuse et surmonté d'un point acuminé, le bourbillon du furoncle.

De même éliminera-t-on un *anthrax*, un *abcès dentaire* par un examen systématique de la bouche, par le siège de la tuméfaction et de la douleur au niveau de la lèvre supérieure, et en général latéralement à la hauteur d'une canine.

PRONOSTIC

Il est en général bénin, sauf les complications exceptionnelles que nous avons vues, érysipèle grave, thrombo-phlébite des sinus.

La guérison se produit généralement, parfois lente à obtenir, mais sans séquelles de nécrose cartilagineuse si l'intervention a été suffisamment précoce.

TRAITEMENT

1° *Médicamenteux.* — Aucun des dérivés sulfamidés ne paraît avoir d'action. Il est à noter le contraste des résultats obtenus par le même traitement lorsqu'on est en présence d'un érysipèle.

2° *Traitement adjuvant :*

pulvérisations d'eau chaude,
inhalations.

3° *Traitement chirurgical*, le vrai traitement de l'abcès de la cloison et le seul qui soit efficace est le traitement chirurgical.

Il faut inciser dès le début et largement, puis assurer le drainage aussi longtemps que persistera la suppuration.

Préventivement, l'ouverture d'une collection sanguine n'a aucun inconvénient sérieux, la temporisation a pour résultat la formation de l'abcès.

Lorsque celui-ci est constitué, l'indication est formelle : il faut ouvrir pour donner issue au pus, mais par une incision large, sinon on risque de voir survenir une rétention de pus avec une nécrose secondaire de la cloison.

Bien souvent, même si l'incision a été correctement pratiquée, il est nécessaire de réintervenir, et à plusieurs reprises on peut être amené à drainer une collection qui se reforme.

Une excellente précaution consiste à coapter les deux faces de la cloison par un tamponnement bilatéral, quotidiennement renouvelé.

Si on intervenait tardivement au stade de nécrose, on explorerait l'état de la cloison qui serait curettée et débarrassée des séquestres s'il y a lieu. Et ainsi on pourrait peut-être éviter l'effondrement de la pyramide nasale qui aurait nécessité une intervention plastique ultérieure.

CONCLUSIONS

L'abcès de la cloison est une affection relativement rare, susceptible de conduire à des erreurs de diagnostic dues surtout à ce qu'on ne pense pas à le rechercher.

Il survient en général après un traumatisme ; plus rarement, il succède à une infection locale ou générale et se développe de chaque côté du cartilage du nez, là où la muqueuse, relativement solide mais facilement décollable, permet l'épanchement de sang ou de liquide séreux, d'autant plus facilement réalisé que la région est riche en vaisseaux de tous ordres sanguins et lymphatiques.

Cliniquement, l'abcès de la cloison peut simuler un certain nombre de lésions inflammatoires de la face, en particulier :

- l'érysipèle au début
- et le furoncle des narines.

Le diagnostic en est immédiat lorsqu'en présence d'une augmentation de volume du nez d'aspect inflammatoire, on pense à examiner les narines.

Le seul traitement est l'incision chirurgicale, mais

cette incision doit être suffisamment précoce pour éviter la nécrose de la cloison et suffisamment large pour empêcher la fermeture de l'orifice de drainage.

Ces raisons expliquent que l'abcès de la cloison, très bénin par lui-même, puisse être de guérison longue à obtenir.

Les complications générales sont exceptionnelles et ne se verraient qu'en l'absence de traitement.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BALDENDECK, ROUCHE, LÉVY, DEKER. — Suppuration nasale et méningite lymphocytaire (*Méd. inf.*, 40 : 122-124, avril 1933. — *Journal de Médecine de Paris*, 443-444, mai 1933).

G. COULET. — Abscès de la cloison d'origine furonculaire (*Annales d'oto-laryng.*, p. 991-992, sept. 1932).

M. COULET. — Abscès de la cloison suite d'herpès (*Soc. de laryngologie des Hôp. de Paris*, séance du 19 déc. 1932. — Dans les *Annales d'oto-laryngologie*, mars 1933, n° 3).

E. FELDSTEIN. — Les abcès de la cloison nasale (*Journal des Praticiens*, n° 44 bis, 7 nov. 1934).

— Les abcès de la cloison nasale (*Courrier Médical*, n° 47, 11 nov. 1934).

H. FISCHER. — Notes pratiques d'oto-rhino-laryngologie. Hématomes, abcès, kystes séreux de la cloison nasale (*Concours médical*, n° 1, 6 janv. 1939, p. 24).

M. LABARRIÈRE. — Sur deux abcès de la cloison nasale (*Gazette médicale Picardie*, avril 1925, p. 181).

BARRAT et FLANDRIN. — Sur 3 cas d'abcès non traumatiques de la cloison nasale (*Archives de médecine et de pharmacie nasales*, n° 2, avril-mai-juin 1936).

MILLET. — Quelques réflexions au sujet des abcès de la cloison nasale (*Cahier de pratique médico-chirurgicale*, n° 6, nov.-déc. 1935).
